Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

32 642 Zelfstandigen zonder personeel in de zorg

Nr. 8

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG
Vastgesteld 25 maart 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 10 oktober 2014 over de Zzp'er in de zorg (Kamerstuk 32 642, nr. 5).

De vragen en opmerkingen zijn op 13 november 2014 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 24 maart 2015 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

kst-32642-8
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennis genomen van de brief van 10 oktober jl. en hebben nog enkele vragen en opmerkingen.
De leden van de VVD-fractie vragen of met de voorgestelde bedrijfsmodellen een voor alle partijen vruchtbare en duurzame oplossing is gevonden voor het verlenen en verkrijgen van palliatieve thuiszorg, geleverd door zzp'ers. Zijn de genoemde oplossingen juridisch houd- en werkbaar?

Modelovereenkomsten die ontwikkeld en goedgekeurd worden, hebben als doel om zzp'ers en zorginstellingen actief in de (palliatieve) thuiszorg meer duidelijkheid te bieden omtrent de kwalificatie van de arbeidsverhouding (wel of geen dienstbetrekking). Dat is juridisch houd- en werkbaar als ook daadwerkelijk overeenkomstig deze modelovereenkomsten wordt gewerkt.

Er worden in de tweede paragraaf verschillende tarieven genoemd voor (palliatieve) thuiszorg. Betreft het tarief van € 75 voor thuisverpleging een maximum uurtarief? Zo ja, in hoeverre wijken deze tarieven af van de daadwerkelijke contractprijzen voor zorg die met gebruik van een pgb wordt ingekocht door cliënten?

Het tarief van € 75 voor de prestatie thuisverpleging bedraagt ongeveer 98% van het NZa maximumtarief van € 76,02 in 2014. Dit zijn tarieven die gelden voor zorg in natura.
Uit onderzoek van enkele jaren geleden is gebleken dat de contractprijzen voor zorg die op basis van een pgb worden ingekocht, doorgaans lager zijn dan de tarieven voor zorg in natura. Van belang is het type zorgverlener: een partner of inwonend familielid, een freelancer is of zzp'er, iemand die werkzaam is bij een zorginstelling of een werknemer met een arbeidsovereenkomst. Deze factoren zijn van invloed op het tarief.

Is de AWBZ zorg in natura niet veel duurder dan dezelfde zorg die ingekocht wordt met gebruik van een pgb? Hoeveel houdt een zzp'er netto over van een uur geleverde zorg, en hoeveel houdt iemand in loondienst over?

In het algemeen kan zorg op basis van een pgb goedkoper gefinancierd worden dan zorg in natura.

De vraag hoeveel een zorgverlener (zzp'er) netto overhoudt van een uur geleverde zorg ten opzichte van iemand in loondienst, kan ik niet in algemene zin beantwoorden. Dat hangt van te veel factoren af, zoals het overeengekomen tarief, het type zorgverlener (zie voorgaande vraag), het aantal geleverde uren, de overhead, de arbeidsovereenkomst, pensioenvoorzieningen en fiscale aspecten.

De leden van de VVD-fractie zijn verheugd dat het kabinet hun mening deelt dat zzp'ers van meerwaarde kunnen zijn voor de zorgverlening aan thuiszorgcliënten, omdat de zorg meer flexibiliteit biedt en beter aansluit bij de zorgvraag.
Het Kabinet neemt het advies over van Panteia om directe contractering te stimuleren. Onduidelijk is vooralsnog waaruit die stimulering dan bestaat. Is het zo dat zzp'ers in de thuiszorg dezelfde positie krijgen als vrije beroepsbeoefenaren en paramedici in de eerstelijnszorg? Deze medici en paramedici hebben geen opdrachtgever en bij hen wordt de geleverde zorg op contract of declaratiebasis vergoed door de zorgverzekeraar. Ligt de zorgplicht in deze dan ook bij de zorgverzekeraar, of bij de zorgver-

lener? Wat zijn in dat scenario de instrumenten voor de verzekeraar om zicht te houden op de kwaliteit en uitvoering van de zorg?

Met zorgverzekeraars zal gekeken worden naar mogelijke afspraken om de ervaren praktische belemmeringen voor directe contractering te verminderen. Zaken als continuïteit van zorg, het beheersen van de uitgaven en de hogere administratieve lasten voor de zorginkoper zijn daarbij aandachtspunten. Zorgverzekeraars willen ook vermijden dat ze als werkgever worden aangemerkt. Door gebruik te maken van beoordeelde en goedgekeurde modelovereenkomsten kan worden bereikt dat zorgverleners buiten dienstbetrekking hun werkzaamheden verrichten.

Zzp'ers hebben geen toelating in het kader van de WTZi nodig om Wlz- of Zvw-zorg te mogen leveren, immers het zijn geen organisatorische verbanden. Dat geldt voor vrije beroepsbeoefenaren, voor zzp'ers die paramedische zorg leveren en ook voor zzp'ers die verpleging of verzorging verlenen. Daarin zit geen verschil. Als een WTZi-toelating door de zorgverzekeraar wordt vereist, dan kunnen zzp'ers daar niet aan voldoen, immers het zijn geen organisatorische verbanden.
Zzp'ers kunnen zich wel organiseren in een organisatorisch verband om een WTZi-toelating te verkrijgen. Als vrije beroepsbeoefenaren die huisartsenzorg of paramedische zorg aanbieden dat doen, dan wordt dat verband automatisch als WTZi-toegelaten aangemerkt. Dat geldt niet voor aanbieders van verpleging en verzorging. Als die een organisatorisch verband vormen dienen ze een WTZi-toelating aan te vragen. Het is dan het organisatorisch verband dat een contract afsluit met de zorgverzekeraar, en is er dus geen sprake meer van directe contractering van de zzp'er.

De verantwoordelijkheid voor de zorgplicht rust op de zorgverzekeraar, dat vloeit voort uit de Zvw. De zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat verzekerden worden voorzien van kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik is en tijdig wordt geleverd. De verzekeraar kan, om zicht te houden op de kwaliteit van de door hem ingekochte zorg, hier goede afspraken over maken met de gecontracteerde zorgaanbieders. Is de zorgverzekeraar niet langer tevreden over de kwaliteit, dan kan hij ervoor kiezen het contract op te zeggen, of niet opnieuw te contracteren. Deze zorgplicht van de verzekeraar laat onverlet dat de zorgaanbieder een eigen verantwoordelijkheid heeft voor de kwaliteit van de zorgverlening.

Verwachten de bewindspersonen dat, met de toename van het eigen risico, veel cliënten eerder zullen kiezen voor het inkopen van de zorg via een pgb dan in natura? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

Het persoonsgebonden budget zal in de Zorgverzekeringswet alleen worden opgenomen voor de aanspraak verpleging en verzorging. Aangezien die aanspraak is uitgezonderd van het eigen risico, heeft het eigen risico geen invloed op de keuze tussen pgb of zorg in natura. Overigens, als het eigen risico wel van toepassing is op de aanspraak verpleging en verzorging, geldt dat zowel voor zorg in natura als het pgb.

De leden van de VVD-fractie vinden het positief dat het Kabinet werkt aan standaard- modellen voor bepaalde situaties. De Staatssecretaris van Financiën kan goed gebruik maken van de ervaringen met modellen voor de organisatie van medisch specialisten. Zullen deze modellen rekening houden met het arrest van het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden d.d. 23 september 2014, waarbij ook de wijze waarop de zorgverlener en de opdrachtgever feitelijk uitvoering geven aan de overeenkomst doorslaggevend is voor de gezagsrelatie, en dus zelfstandig ondernemerschap? Zo ja, waaruit blijkt dit? In hoeverre is dit gelukt?

De in de brief van 10 oktober 2014 genoemde bedrijfsmodellen gaan uit van modelovereenkomsten die op hun fiscale haalbaarheid en op de juiste uitwerking van de zorgwetgeving door de Belastingdienst en het Ministerie van VWS worden getoetst. Modelovereenkomsten die zijn goedgekeurd – en volgens welke wordt gewerkt – geven partijen gedurende lange tijd duidelijkheid. Relevant hierbij is dat als er conform goedgekeurde modelovereenkomsten gewerkt wordt dat er geen sprake is van een dienstbetrekking. Een andere vraag is of de betreffende zzp'er die onder die omstandigheden werkzaam is ook fiscaal gezien kan worden als een ondernemer. Dat is ook afhankelijk van allerlei andere feiten en omstandigheden, die niet geregeld kunnen worden in een contract tussen een zzp'er en een specifieke zorginstelling.

In de modelovereenkomsten wordt geen rekening gehouden met de uitspraak van Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden[1]. De kwalificatie van de arbeidsrelatie via modelovereenkomsten ziet op één arbeidsrelatie in tegenstelling tot de casus van de uitspraak waarbij sprake was van een zorgverlener met vijf opdrachtgevers en met een combinatie van zorg in natura, pgb en zorg aan particulieren. Daarbij was de onderliggende vraag wat de kwalificatie van de inkomsten van de zorgverlener voor de inkomstenbelasting was. Het Hof komt daarbij tot de conclusie dat het geheel van werkzaamheden van de belanghebbende winst uit onderneming vormt. Daarbij heeft het Hof ondernemersrisico's onderkend. Ook vond het Hof de stelling van de belanghebbende aannemelijk dat zij niet verplicht was zelf de werkzaamheden te verrichten en zelf voor vervanging kon zorgen. Een afzonderlijk oordeel over de kwalificatie van de AWBZ-zorg in natura is door het Hof niet gegeven, die was ook geen onderdeel van de procedure.

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met veel interesse kennisgenomen van de brief over zzp'ers in de zorg. De zorgen en onduidelijkheden over zorgverlening in natura door zzp'ers spelen al jaren, wat deze leden onwenselijk achten. Hoewel zij de beweging naar zorgverleners in loondienst steunen, zoals in de huishoudelijke ondersteuning en medisch specialistische zorg, kunnen zzp'ers wat deze leden betreft van meerwaarde zijn voor specifieke en intensieve thuiszorg omdat zij meer flexibiliteit bieden. In deze delen van zorg zijn zzp'ers door hun flexibiliteit in sommige situaties beter in staat om de kwaliteit van zorgverlening voor de patiënt en zijn omgeving te waarborgen, met aandacht voor de specifieke situatie. Deelt het Kabinet deze mening? Voor genoemde leden is er één uitgangspunt van groot belang. Iedere patiënt moet de benodigde thuiszorg krijgen, van hoge kwaliteit en aangepast aan persoonlijke voorkeuren. De berichten over het gevaar voor de continuïteit van zzp'ers die werkzaam zijn in de terminale thuiszorg hebben nogmaals bevestigd dat zzp'ers voor specifieke delen van zorg van meerwaarde kunnen zijn voor de patiënt en zijn omgeving. Genoemde leden vinden het daarom van groot belang dat er snel tot een structurele, duurzame oplossing wordt gekomen waarmee zzp'ers voor de thuiszorg behouden kunnen blijven, juist voor die delen waar zij meerwaarde geven ten opzichte van zorgverleners in loondienst. Ze steunen de lijn van het Kabinet om te kiezen voor oplossingen binnen de zorg. Belemmeringen die spelen voor zzp'ers in de zorg moeten snel weg worden genomen. Het Kabinet dient zich daar sterk voor in te spannen.

[1] http://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:GHARL:2014:7283&keyword=1400206

Zoals uiteengezet in de brief van 10 oktober 2014 deelt het kabinet deze mening.

De leden van de fractie van de PvdA kunnen zich goed vinden in de uitgangspunten van het Kabinet die als leidraad dienen voor een duurzame oplossing. Net als het Kabinet hanteren genoemde leden goede en tijdige zorg, waarin de belangen en zeggenschap van de patiënt worden gewaarborgd, als belangrijkste uitgangspunt. Zij vinden het daarnaast van groot belang dat zzp'ers patiënten goede zorg kunnen verlenen tegen acceptabele, fatsoenlijke tarieven en dat duidelijk is welke fiscale wet- en regelgeving en socialezekerheidswetgeving van toepassing is op de werkzaamheden van de zorgverlener. Daarbij merken zij op dat misstanden en schijnconstructies niet bijdragen aan de continuïteit en kwaliteit van zorgverlening en aan de arbeidspositie van zzp'ers. Hoe gaat het Kabinet misstanden aanpakken? Welke handhavingsinstrumenten zijn er? Hoe gaat het Kabinet er voor zorgen dat patiënten geen hinder van eventuele misstanden ondervinden en dat de continuïteit van zorgverlening niet in gevaar komt?

De Belastingdienst maakt voor zijn toezicht gebruik van handhavingsregie. Dit is het bewust en afgewogen kiezen, op basis van kennis over (het gedrag van) subjecten, omgeving en risico's, welke vormen van aanpak worden ingezet om een verbetering van het nalevingsgedrag te bereiken of goed te ondersteunen. Een vorm van handhavingsregie kan zijn het maken van afspraken met een groep of branche.

Wat betreft de continuïteit van zorg is de zorginstelling in eerste instantie verantwoordelijk. Mocht het de zorginstelling om één of andere reden niet lukken om de continuïteit voor haar cliënten te organiseren dan dient zij dit tijdig kenbaar en bespreekbaar te maken met de zorgverzekeraar. Vanuit de zorgplicht rust op de zorgverzekeraar de verantwoordelijkheid om de continuïteit van zorg voor haar verzekerden te regelen. De NZa ziet erop toe dat de zorgverzekeraar haar verantwoordelijkheid neemt. In het uiterste geval dat sprake is van een situatie van overmacht (de zorgverzekeraar moet hiervan melding maken bij de NZa en de NZa oordeelt of daadwerkelijk sprake is van overmacht) zal de Minister voor cruciale zorg overgaan tot het oprichten van een tijdelijke vangnetstichting.

De leden van de fractie van de PvdA erkennen dat het voor terminale thuiszorg niet in ieder geval strikt noodzakelijk is om gebruik te maken van zzp'ers. Zij stellen echter wel dat zzp'ers in sommige situaties beter in staat zijn om maatwerk te leveren en meer flexibel inzetbaar zijn dan zorgverleners in loondienst. Deelt het Kabinet deze mening? Welke meerwaarde dicht het Kabinet zzp'ers toe als het gaat om continuïteit en een vast aanspreekpunt bij terminale zorg? Kan het Kabinet toelichten waaruit blijkt dat de huidige mix van werknemers in loondienst en zzp'ers in de terminale thuiszorg leidt tot optimale zorg voor de patiënt? In hoeverre lopen zorgverleners in loondienst tegen belemmeringen aan als zij willen inspelen op de persoonlijke voorkeuren van de patiënt en wat merkt de patiënt hier van? In hoeverre ervaren zzp'ers dezelfde belemmeringen? Welke belemmeringen voor de patiënt kunnen worden opgelost door gebruik te maken van zzp'ers in de terminale thuiszorg? In hoeverre zal een verschuiving in de verhouding zzp'ers/zorgverleners in loondienst leiden tot betere zorgverlening bij intensieve zorgvragen?

Het kabinet deelt de mening dat zzp'ers in sommige situaties meer flexibel inzetbaar zijn dan zorgverleners in loondienst. Het kan ook betekenen dat er minder verschillende zorgverleners over de vloer komen, hetgeen door sommige cliënten als rustiger wordt ervaren. Ook vinden cliënten een vast aanspreekpunt vaak prettiger.

In algemene zin is echter niet te zeggen dat maatwerk, de continuïteit van zorg en het kunnen bieden van een vast aanspreekpunt per definitie slechter zijn geregeld, wanneer de zorg wordt geboden via zorgverleners in loondienst. Dat kan immers ook op andere manieren worden geregeld, bijvoorbeeld via goede overdracht en goede afspraken. Wel hebben zorgverleners in loondienst te maken met zowel de Arbeidstijdenwet als de Cao. Concreet betekent het bijvoorbeeld dat je voor 24-uurszorg gedurende langere tijd tenminste 3 zorgverleners in loondienst nodig hebt.
De gewenste inzet van zorg en de manier waarop deze zorg wordt geleverd, hangen verder af van de beschikbaarheid van mantelzorgers, de noodzakelijke zorgzwaarte en de wensen van de cliënt. Het is aan direct betrokkenen (de cliënt, zijn netwerk en de zorgverlener) om in de praktijk voor iedere cliënt tot een optimale keuze te komen.

Hoe duidt het Kabinet de tarieven die gehanteerd worden door zorgkantoren en zorginstellingen bij de inkoop van zzp'ers? Vindt het Kabinet deze tarieven fatsoenlijk en acceptabel? Zijn deze tarieven voldoende om de kwaliteit en continuïteit van zorg te waarborgen? Zo nee, wat gaat het Kabinet hieraan doen? Zo ja, waaruit blijkt dat?

De pilot voor directe contractering van zzp'ers laat zien dat zorgkantoren tarieven hanteren die op 80–82% liggen van het door de NZa aangegeven maximum. Er zijn geen signalen dat volgens zzp'ers deze tarieven niet acceptabel zouden zijn en een risico zouden vormen voor het waarborgen van kwaliteit (bv. voldoende middelen voor het volgen van bijscholing) en continuïteit (bv. voldoende beschikbaarheid van achtervang).
We hebben verder geen harde gegevens beschikbaar over de vergoeding van zzp'ers die door een zorginstelling gecontracteerd worden. Zorgverzekeraars zijn als hiervoor toegelicht verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg. Dit ligt besloten in de zorgplicht.

De leden van de fractie van de PvdA herkennen zich in de geconstateerde knelpunten, te weten onduidelijkheden over het aangaan van contracten door zzp'ers, de verantwoordelijkheid voor de zorg en wanneer er sprake is van fiscaal ondernemerschap. Over de oplossingsrichtingen van het Kabinet hebben zij nog enkele vragen.

<u>Stimuleren directe contractering</u>

De pilot laat zien dat directe contractering van zzp'ers van meerwaarde kan zijn voor de kwaliteit van patiëntenzorg. Genoemde leden zijn blij dat het Kabinet zich er samen met zorgverzekeraars voor inzet om directe contractering van zzp'ers daar waar dit een meerwaarde voor de zorg oplevert te stimuleren, aangezien dit nu nog weinig plaatsvindt. Deze leden vragen zich af hoe het Kabinet dit gaat doen. Kan het Kabinet dit toelichten? Welke instrumenten heeft het Kabinet om zorgverzekeraars te verplichten om de kwaliteit van terminale thuiszorg te stimuleren door contractering van voldoende zzp'ers?

Met zorgverzekeraars wordt gezamenlijk gezocht naar manieren om praktische belemmeringen voor directe contractering van zzp'ers die thuiszorg leveren, weg te nemen. De aandacht gaat daarbij onder meer uit naar het vraagstuk rond het waarborgen van de continuïteit van zorg. In de gesprekken met zorgverzekeraars gaat de aandacht ook uit naar het risico dat achteraf wordt geconstateerd dat de arbeidsrelatie tussen een zorgverlener en een zorgverzekeraar een dienstbetrekking is terwijl de zorgverlener buiten dienstbetrekking wil kunnen werken. Om dit risico

weg te nemen, zal gewerkt worden aan modelovereenkomsten. Ook is er aandacht voor de beheersing van de zorguitgaven en de administratieve lasten.

Doel van het kabinet is om belemmeringen voor directe contractering zoveel mogelijk weg te nemen, zodat de randvoorwaarden gecreëerd worden waarbinnen zorgverleners en cliënten beiden in staat zijn de zorg op een wijze te (laten) organiseren, die het meest bij hen past. Uiteindelijk is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg. Daarin past niet dat het kabinet de zorgverzekeraars gaat verplichten om voldoende zzp'ers te contracteren.

De leden van de fractie van de PvdA vragen het Kabinet om in de gesprekken met zorgverzekeraars expliciet aandacht te besteden aan de continuïteit en kwaliteit van zorg. Wat gebeurt er op 1 januari 2015 met patiënten die al naar tevredenheid 24-uurs terminale zorg ontvangen van een zzp'er? Kan het Kabinet garanderen dat deze patiënten zorg blijven ontvangen van dezelfde zorgverlener? Kan deze zorgverlener gecontracteerd worden via de Zvw of het pgb?

Met Zorgverzekeraars Nederland is in het «Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging» overeengekomen dat cliënten die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit voor verpleging en verzorging in de AWBZ hebben, door zorgverzekeraars op 1 januari 2015 worden beschouwd als zijnde in het bezit van een geldige verwijzing voor wijkverpleging op grond van de Zvw. Dit betekent dat alle cliënten die in zorg zijn op 1 januari 2015, zorg kunnen blijven ontvangen van dezelfde aanbieder. Dat is niet anders voor terminale thuiszorg in natura. Die zorgverlener kan dus een zzp'er zijn, want het is ook van toepassing op de pilot. Overigens kan financiering ook plaatsvinden via een persoonsgebonden budget. In dat geval kan de cliënt er tevens voor kiezen om dezelfde zorgverlener te behouden.

Het direct inkopen van zzp'ers mag echter nooit een doel op zich zijn, maar moet altijd het belang van de patiënt dienen. Het is voor genoemde leden van groot belang dat indien zzp'ers niet kunnen garanderen dat de patiënt de zorg krijgt die benodigd is, er naar andere oplossingen wordt gekeken. Onderstreept het Kabinet dit uitgangspunt? Hoe komt dit uitgangspunt terug in de afspraken met zorgverzekeraars?

Het contracteren van zzp'ers is geen doel op zich en moet dit ook niet zijn. Het gaat erom dat het werken met zzp'ers mogelijk is en blijft. De kwaliteit van de zorgverlening is leidend. In sommige gevallen en bij sommige cliënten is het dan beter om (ook) met zzp'ers te werken en in andere gevallen weer niet. Zoals uiteengezet in de brief van 10 oktober 2014 onderstreept het kabinet dat het onwenselijk is als er situaties ontstaan waarbij zzp'ers niet kunnen garanderen dat een cliënt de zorg krijgt waar hij of zij recht op heeft. Voor zorgverzekeraars geldt hetzelfde uitgangspunt, nu bij hen een zorgplicht rust.

<u>Zzp'ers en de Kwaliteitswet</u>

Deze leden zijn verheugd met het Kabinetstandpunt om de verantwoordelijkheid voor de geleverde zorg primair bij de instelling neer te leggen. Op die manier worden onwenselijke situaties voor patiënten voorkomen en kunnen zorgbesturen zich niet verschuilen achter individueel handelen van een zzp'er. De leden van de fractie van de PvdA zijn blij dat de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een oplossing biedt voor de verantwoordelijkheidsverdeling tussen instelling en zzp'er omdat de wet in tegenstelling tot haar voorloper (Kwaliteitswet zorginstellingen) ook

van toepassing is op solistisch werkende zorgverleners. Zij kunnen zich goed vinden in de uitgangspunten van deze wet, die stelt dat solistisch werkende zorgverleners zelf ook verantwoordelijk zijn voor de zorg die in opdracht van een instelling wordt verleend. Zorg wordt daardoor meer een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverlener en zorgbestuurder. Genoemde leden vragen of de Wkkgz de verantwoordelijkheid voor zorg bij de zzp'er legt, indien deze niet in opdracht werkt voor een zorginstelling. Hoe ziet deze verantwoordelijkheid eruit als de patiënt bijvoorbeeld zzp-zorg inkoopt via een pgb?

Indien de zzp'er werkzaamheden verricht in opdracht van een cliënt dan is de zzp'er (eind)verantwoordelijk voor de zorgverlening. De wijze van financiering is met betrekking tot de (eind)verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorgverlening niet relevant.

Welke risico's kleven er met de Wkkgz aan het fiscaal ondernemerschap en waar kan de patiënt straks terecht als hij ontevreden is over de geleverde zorg?

De Wkkgz biedt ruimte voor zzp'ers om buiten dienstbetrekking en in opdracht van een instelling of een cliënt te kunnen werken in de thuiszorg. Hierbij bepalen de feiten en omstandigheden van het geval of een zorgverlener daadwerkelijk buiten dienstbetrekking werkt. Modelovereenkomsten die ontwikkeld worden, hebben als doel om hen daarbij te helpen. Risico's zijn en blijven er voor vermeende zzp'ers die op een manier werken waardoor naar feiten en omstandigheden beoordeeld sprake is van een dienstbetrekking. Daar verandert de Wkkgz niets aan.
In de Wkkgz is geregeld dat de zorgaanbieder (dus zowel de zorginstelling als de solistisch werkende zorgverlener) een voorziening voor een klachtenregeling moeten hebben getroffen.
Indien de cliënt behoefte heeft aan een advies over de procedure dan kan hij zich wenden tot het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ). Het LMZ behandelt de zaak niet, maar kan wel adviseren en ondersteuning bieden over waar de patiënt terecht kan.
Indien een cliënt ontevreden is, dan kan hij deze onvrede bespreekbaar maken met zijn zorgaanbieder. In het geval de zzp'er werkt in opdracht van de cliënt zelf, dan kan de cliënt de onvrede bespreken met de zzp'er. In het geval de zzp'er werkt in een instelling, dan kan de cliënt de onvrede bespreekbaar maken met de instelling en de zzp'er.

Fiscaal ondernemerschap

De leden van de fractie van de PvdA vinden, evenals het Kabinet, dat moet worden gekeken naar feiten en omstandigheden om te bepalen of er sprake is van ondernemerschap. Indien deze zodanig zijn dat er sprake is van een vast dienstverband bij een werkgever, dient de persoon in kwestie als werknemer behandeld te worden en moet dit duidelijk zijn voor werkgevers, zorgkantoren, zorgverleners en patiënten, stellen deze leden. Deze leden vinden het van groot belang dat het voor zzp'ers in de zorg expliciet duidelijk is of zij voldoen aan de criteria voor fiscaal ondernemerschap. Dit is een belangrijke voorwaarde voor goede zorg aan de patiënt en voor de zzp'er is het belangrijk zodat aan onzekerheid een einde komt en de zzp'er zich volledig kan focussen op het verlenen van goede zorg. Genoemde leden constateren echter dat de vraag of een zzp'er een fiscaal ondernemer is tot complexe vragen kan leiden als de persoon in kwestie gedeeltelijk werkt voor een instelling. Zoals het Kabinet zelf ook aangeeft, vergt ieder geval een nieuwe beoordeling. De leden van de fractie van de PvdA zijn er niet op gerust dat deze werkwijze alle onzekerheden van zzp'ers over het fiscaal ondernemerschap wegnemen en dat komt de zorg aan patiënten niet ten goede. In hoeverre verwacht het Kabinet dat de te

ontwikkelen modellen hier wel voldoende duidelijkheid in kunnen bieden? Is zij van mening dat deze modellen voldoen? Zo nee, welke aanvullende activiteiten is zij voornemens uit te voeren? Zo ja, waaruit blijkt dat? Wanneer verwacht het Kabinet dat de modellen ontwikkeld zijn met brede consensus? Wanneer zijn de modellen geïmplementeerd en werkbaar?

De duidelijkheid over de van toepassing zijnde fiscale en sociale zekerheidswetgeving kan verkregen worden door met de genoemde modelovereenkomsten te werken. De modelovereenkomsten zijn zodanig vormgegeven dat er een arbeidsrelatie ontstaat waarbij de opdrachtnemer buiten dienstbetrekking werkt. In deze situatie hoeft de opdrachtgever geen loonheffingen en premies in te houden en te betalen. De modelovereenkomsten geven geen antwoord op de vraag hoe het inkomen van de zorgverlener voor de inkomstenbelasting wordt aangemerkt. Voor de inkomstenbelasting kan een zzp'er als winstgenieter of als resultaatgenieter worden aangemerkt. Dat oordeel hangt van feiten en omstandigheden af van de individuele zorgverlener en wordt beoordeeld bij diens aanslagregeling inkomstenbelasting.
De overgelegde modelovereenkomsten worden op dit moment beoordeeld. Voor de overgelegde sets moeten de gerezen vragen vanuit fiscaal- en zorgoogpunt met de indieners worden besproken. Dat betekent mogelijk ook dat bepalingen in de overeenkomsten moeten worden aangepast. Inmiddels is de modelovereenkomst van BTN en FNV Zelfstandigen beoordeeld en goedgekeurd, Deze is bijgevoegd.

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennis genomen van de brief van het Kabinet over zzp'ers in de zorg. Zij hebben eerder kritiek geuit op de plotselinge ommekeer van het niet afgeven van VAR-wuo verklaringen door de belastingdienst aan zzp'ers. Zij vinden het onacceptabel dat zzp'ers zonder inkomen kwamen te zitten en zorgbehoevende mensen zonder zorgverlening. Zij zijn tevreden dat het Kabinet na aandringen van de Kamer de oproep om te komen tot oplossingen heeft aangegrepen. Zij hebben een aantal vragen over de oplossingen die het Kabinet wil inzetten.

Het kabinet geeft aan dat het merendeel van palliatieve thuiszorg door zorgverleners in loondienst wordt uitgevoerd en het niet noodzakelijk is om zzp'ers hiervoor in te zetten. De leden van de SP-fractie willen weten wat het standpunt van het kabinet hierin is en of zij bereid is te kijken naar mogelijkheden om zzp'ers die palliatieve thuiszorg verlenen onder gebracht kunnen worden in loondienst. Zij vragen een reactie op dit punt.

Het kabinet vindt het belangrijk dat een zorgverlener voldoende vrijheid heeft om te kiezen voor werken in loondienst of als zelfstandige. In de brief van 10 oktober 2014 is aangegeven dat er, onder andere, modelovereenkomsten ontwikkeld worden voor het contracteren van een zzp'er door een (thuiszorg)instelling, waarbij de zelfstandigheid van de zzp'er behouden blijft. Als dit naar tevredenheid van zowel de zorgverlener als de zorginstelling plaatsvindt en daarmee goede zorg verleend wordt, ziet het kabinet geen reden om daar verandering in te brengen.

Overigens gaat het kabinet niet over de vraag of er al dan niet in dienstbetrekking gewerkt moet worden. Het kabinet wil wel de mogelijkheid open houden voor beide opties. Het is aan de sector om daar vervolgens verdere invulling aan te geven.

De leden van de SP-fractie hebben een aantal vragen over de tarieven die gehanteerd worden bij zorgverlening door zzp'ers. Het kabinet geeft aan

dat de tarieven voor intramurale zorg doorgaans 95%-98% van de NZA-maximumtarieven bedragen, terwijl zorgkantoren voor thuiszorg 80%-82% van de gestelde NZA-maximumtarieven gebruik maakt. Zij willen weten waarom hier verschillen in zijn. Tevens willen zij weten waarom er geen gegevens beschikbaar zijn over de vergoeding van zzp'ers die door een zorginstellingen gecontracteerd worden. Kan het kabinet hier onderzoek naar doen? Zo nee, waarom niet?

In de tarieven voor intramurale zorg zijn zaken inbegrepen zoals kapitaalslasten (bv. hypotheekkosten van de instelling) en kosten om verblijf in een instelling mogelijk te maken (energie, inventaris, hulpmiddelen). Dit soort kostenposten zijn niet van toepassing op zzp'ers, omdat zij zorg leveren in de thuissituatie. Daarom hanteren de zorgkantoren in de pilot een tarief van 80–82% van het NZa maximum. Dat zijn fatsoenlijke tarieven.
Het kabinet heeft op dit moment geen inzicht in de vergoeding die zzp'ers ontvangen, die een contract hebben met een instelling. De instelling declareert de geleverde zorg. Daarbij wordt niet gespecificeerd welke zorg door een zzp'er wordt geleverd en tegen welk tarief.

Genoemde leden hebben eerder vragen gesteld over de verschillen tussen tarieven. Zij krijgen signalen binnen dat zzp'ers die zelf contracten afsluiten met lagere tarieven werken dan wanneer zij werkzaam zijn in dienst van een bemiddelingsbureau of een zorgorganisatie. Zij willen weten wat zorgaanbieders en bemiddelingsbureaus in de zzp'er als een gunstig verdienmodel zien en daarmee extra geld willen opstrijken, of gaat het kabinet de tarieven opnieuw bekijken en zorgen dat zzp'ers die willen werken dit ook kunnen doen via een fatsoenlijk arbeidscontract met pensioenafdrachten? Is het kabinet het met deze leden eens dat deze verschillen gestopt moeten worden? Graag ontvangen zij een uitgebreide reactie op dit punt.

De vraag refereert aan zzp'ers die zelf contracten afsluiten en de gehanteerde tarieven. Daarbij kunnen 2 situaties onderscheiden worden.
1. *De zzp'er heeft een contract met het zorgkantoor;*
2. *De zzp'er heeft een contract met een thuiszorginstelling / bemiddelingsbureau.*

Voor de eerste situatie zijn ervaringsgegevens over 2013 en 2014 beschikbaar van de landelijke pilot. De tarieven voor de zzp'ers liggen op 80–82% van het NZa maximumtarief. Ik kan echter niet aangeven wat de zzp'er hier netto aan overhoudt. Dat hangt van allerlei factoren af, zoals de overhead, de overeenkomst, het aantal geleverde uren, de pensioenvoorziening en fiscale aspecten.

Wat de tweede situatie betreft, bedraagt het tarief voor de thuiszorginstelling of het bemiddelingsbureau gemiddeld circa 98% van het NZa maximumtarief. Er zijn geen landelijke cijfers gegevens beschikbaar omtrent de vergoeding voor de zzp'er die door de thuiszorginstelling of het bemiddelingsbureau wordt gecontracteerd. Onduidelijk is derhalve in hoeverre dit afwijkt van de vergoeding voor de zzp'er in de eerste situatie.

Het is mogelijk dat de vergoeding in de tweede situatie lager is, omdat de zzp'er met de thuiszorginstelling of het bemiddelingsbureau afspraken kan maken over het ter beschikking stellen van faciliteiten.

Het kabinet ziet vooralsnog geen reden om de gehanteerde tarieven in de verschillende situaties opnieuw te gaan onderzoeken. Beide situaties wil het kabinet overeind houden om zodoende de keuzevrijheid voor zowel de cliënt als de zorgverlener te behouden.

Arbeidstijdenwet

De leden van de SP-fractie hebben een aantal vragen met betrekking tot de Arbeidstijdenwet. Het kabinet geeft aan dat de Arbeidstijdenwet van toepassing is op werknemers in loondienst, maar ook op anderen die feitelijk onder gezag werken. Hoe vindt deze controle plaats bij zzp'ers die in dienst zijn van een zorgorganisatie of een bemiddelingsbureau? Zijn er mogelijkheden dat deze wet ook van toepassing gesteld kan worden op solistische zzp'ers? Deze leden verlangen een toelichting op dit punt.

Indien de zorgorganisatie of het bemiddelingsbureau bemiddelt tussen de zzp'er en de cliënt en er geen sprake is van een gezagsverhouding, betreft het arbeid door een zelfstandige, waarop de Arbeidstijdenwet (ATW) niet van toepassing is.
Indien echter de als zzp'er ingeschreven zorgverlener een dusdanige relatie heeft met de zorgorganisatie of het bemiddelingsbureau dat wel sprake is van een gezagsverhouding, betreft het arbeid waarop de ATW wel van toepassing is. Voor de toepasselijkheid van ATW is immers de feitelijke situatie doorslaggevend. In dit laatste geval is de zzp'er werknemer in de zin van de ATW en geldt de zorgorganisatie of het bemiddelingsbureau als werkgever, voor wie onder andere de plicht geldt tot het voeren van een deugdelijke registratie van arbeids- en rusttijden. Op basis van deze registratie kan de Inspectie SZW controleren of de regels van de Arbeidstijdenwet worden nageleefd.
Op dit moment biedt de ATW geen goede grondslag om de wet ook van toepassing te verklaren op de arbeid van de (echte) zelfstandige die thuiszorg verleent. Conform artikel 2:7 ATW is uitbreiding van de toepasselijkheid naar zelfstandigen alleen mogelijk indien dit noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig gevaar voor de veiligheid of de gezondheid van derden. Dit is bijvoorbeeld toegepast voor zelfstandige chauffeurs in het wegvervoer. Ook voor zelfstandige zorgverleners zou de ATW kunnen worden aangepast, maar de vraag is of dit zin zou hebben. De alleen werkende zelfstandige zou dan immers zijn eigen registratie van arbeids- en rusttijden moeten voeren en alleen op grond van deze zelfregistratie is handhaving door de Inspectie SZW mogelijk. Het lijkt niet realistisch te verwachten dat een alleen werkende zelfstandige zijn overtredingen van de ATW registreert, opdat hij bij controle een bestuurlijke boete opgelegd kan krijgen.

Knelpunten voor zzp'ers in de zorg

Het kabinet geeft aan dat de zorginstelling eindverantwoordelijk blijft voor de kwaliteit van de geboden zorg en dat bestuurders zich niet kunnen verschuilen achter een zzp'er als het gaat om de geboden zorg. De leden van de SP-fractie vragen het kabinet hoe vaak het voorkomt dat bestuurders zich wel achter zzp'ers verschuilen?

Bij het kabinet zijn geen signalen bekend van situaties, waarbij bestuurders zich verschuilen achter de zzp'ers als het gaat over (onvoldoende kwaliteit) van de geleverde zorg. Daarbij is en blijft de zorginstelling op grond van het Burgerlijk Wetboek en de zorgwetgeving eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening die in zijn opdracht wordt verleend.

De leden van de SP-fractie constateren dat de pilot in 2014 afloopt gezien de overheveling van verpleging en verzorging van de AWBZ naar de Zvw. Het kabinet stelt wel dat mensen hun zorg behouden in verband met het overgangsjaar. Maar wat nu als een zzp'er geen VAR-wuo kan krijgen? Hoe wordt dan het overgangsrecht voor zorgbehoevende mensen geborgd?

De continuïteit van zorg aan cliënten staat voorop. Op de cliënten die in de pilot zorg ontvangen van zzp'ers is in 2015 het overgangsrecht van toepassing. Dat betekent ook dat de VAR-wuo van de zzp'ers in de pilot wordt voortgezet, mits zij handelen overeenkomstig de voorwaarden van de pilot. Op deze wijze is het overgangsrecht geborgd, ook voor de cliënten in de pilot.

Deze leden willen tevens weten hoe zzp'ers in 2015 werkzaam kunnen blijven, gezien zij niet kunnen voldoen aan de eisen van de Wet Toelating Zorginstellingen? Kan het kabinet dat nader toelichten?

Voor de directe contractering van zzp'ers door zorgverzekeraars is er geen enkele wettelijke belemmering. In de Inkoopgids Wijkverpleging heeft ZN voor het overgangsjaar 2015 aan haar leden geadviseerd om zoveel mogelijk gebruik te maken van de bestaande zorgverleners en alleen nieuwe zorgverleners te contracteren als ze een WTZi-toelating hebben. Op grond van de Wtzi moeten zorginstellingen die verzekerde zorg leveren in bezit zijn van een toelating. Zzp'ers zijn geen instelling en voor hen geldt de verplichting met betrekking tot de toelating dan ook niet. Voor directe contractering van een zzp-er is op grond van de wet een Wtzi-toelating niet vereist. In het overgangsjaar 2015 houden de zzp'ers die deelnemen aan de pilot wel de mogelijkheid om direct gecontracteerd te worden. Het kabinet is met zorgverzekeraars in gesprek om de mogelijkheden voor directe contractering van zzp'ers vanaf 2016 te vergroten.

Op dit moment werken de meeste zzp'ers echter niet op basis van directe contractering door verzekeraars, maar via opdrachten van zorginstellingen en/of direct gecontracteerd door de cliënt in het kader van een pgb. Deze vormen blijven in 2015 gewoon bestaan en stimuleren we juist door de modelovereenkomsten.

Stimuleren van directe contractering

De leden van de SP-fractie willen weten op welke wijze zzp'ers direct gecontracteerd worden, nu zorgverzekeraars en zorgkantoren hierin terughoudend zijn. Kan het kabinet aangeven hoe in 2015 hiermee omgegaan wordt?

In 2015 wordt de landelijke pilot voortgezet in een overgangsregime. Hierdoor kunnen zzp'ers die daarin al actief waren dat blijven, en is het voor cliënten mogelijk om hun zorgverlener te behouden.

Voorts willen deze leden weten welke verbeteringen de beschikking geen loonheffingen (BGL) teweegbrengt in vergelijking met de huidige VAR? Kan het kabinet aangeven wat hiermee precies verbeterd wordt?

De BGL staat net als een VAR los van een branche of sector. De verbeteringen van de BGL ten opzichte van de VAR zien onder meer op:
- *het beter in balans brengen van de verantwoordelijkheden van enerzijds de opdrachtgever en anderzijds de opdrachtnemer;*
- *de mogelijkheid voor de Belastingdienst om efficiënter te kunnen handhaven;*
- *met de BGL wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen de huidige VAR-wuo en VAR-dga houders enerzijds en de VAR-row houders anderzijds. Alledrie krijgen dezelfde BGL waarmee de opdrachtgever vrijwaring voor de loonheffingen kan krijgen, terwijl dit nu alleen mogelijk is bij een VAR-wuo of VAR-dga.*

Deze leden vragen het kabinet te reageren op de pilot. Het kabinet stelt dat directe contractering van zzp'ers in de thuiszorg een meerwaarde laat zien voor de kwaliteit van de zorgverlening. Kan het kabinet toelichten welke

meerwaarde dit precies is, en kan een vergelijking worden gegeven met de kwaliteit van zorg die geboden wordt door zorgverleners die in loondienst zijn en de kwaliteit van zorg dat geboden wordt door zzp'ers?

De quick scan van de pilot laat zien dat de cliënt bovengemiddeld tevreden is met de zorgverlening door de zzp'er. Dat heeft te maken met de warme band die de cliënten hebben met hun zzp'ers. De manier waarop de cliënttevredenheid in de quick scan is gemeten, is anders dan regulier het geval is. Daarom is het niet verantwoord om een vergelijking te maken met de reguliere metingen van de cliënttevredenheid en daar vergaande conclusies aan te verbinden.

Zzp'ers en de Kwaliteitswet.

De leden van de SP-fractie stellen dat solistisch werkende zorgverleners zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg en dat de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg hierop toe gaat zien. Maar hoe wordt dit gecontroleerd, is dat überhaupt mogelijk? Kan het kabinet aangeven of zij het wenselijk vindt dat nu niet gecontroleerd wordt of de zorg van goede kwaliteit is? Wat is de visie van het kabinet hierop?

De Wkkgz biedt zzp'ers een wettelijke basis op grond waarvan zij gehouden zijn kwalitatief goede zorg te verlenen. De IGZ ziet toe op de kwaliteit van de zorgverlening. Dat is ook nu al het geval. Ten aanzien van zzp'ers is het toezicht van de IGZ vooral reactief van aard, dat wil zeggen dat meldingen en signalen het uitgangspunt vormen.
Daarnaast vloeit uit de zorgplicht voort dat de zorgverzekeraar gehouden is om zorgverleners te contracteren die kwalitatief goede zorg verlenen. Hierbij doet het niet ter zake of de zorg wordt verleend door een zzp'er of in instellingsverband.

Modellen ten behoeve van zorg door zzp'ers

Deze leden willen weten wanneer het kabinet met modellen komt om de onzekerheid onder zzp'ers weg te nemen. Hoewel het model tussen contracten tussen zorginstellingen en zzp'ers in november gepubliceerd wordt, willen zij weten wanneer de twee andere modellen komen. Voorts vragen zij het kabinet deze modellen met toelichting ook de Kamer te doen toekomen.

Door de Belastingdienst en VWS beoordeelde en goedgekeurde modelovereenkomsten tussen zorginstellingen en zzp'ers worden openbaar gemaakt. Dat biedt de Kamer ook de mogelijkheid om er kennis van te nemen. De reeds goedgekeurde modelovereenkomst van BTN en FNV Zelfstandigen is dan ook bijgevoegd. Andere modelovereenkomsten die aan de Belastingdienst en VWS voorgelegd worden zullen in de loop van het jaar nadat ze zijn beoordeeld en goedgekeurd openbaar worden gemaakt.

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de mogelijkheid gebruik vragen te stellen over de voorstellen van het kabinet betreffende zzp'ers in de zorg. Deze leden missen een concreet tijdspad en duidelijke weergave wat op dit moment nu wel of niet mogelijk is.
In de brief wordt het bestaande probleem beschreven, uitgangspunten beschreven, feiten en cijfers, de Arbeidstijdenwet en toekomstige ontwikkelingen in de zorg en het belang van zzp'ers in de zorg. Graag zouden de leden van de CDA-fractie een tijdpad willen krijgen.

Anticiperend op de inwerkingtreding van de Wkkgz kunnen zzp'ers in opdracht van een zorginstelling zorg verlenen, mits de contracten in overeenstemming zijn met de Wkkgz. Door BTN en FNV Zelfstandigen is een modelovereenkomst voor deze situatie opgesteld, welke reeds door de Belastingdienst en VWS is goedgekeurd. Dat betekent dat zzp'ers die conform deze modelovereenkomst werken geen belemmering meer ondervinden om buiten dienstbetrekking te werken.
Voor wat betreft directe contractering van zzp'ers door zorgverzekeraars loopt op dit moment nog de pilot en zijn gesprekken gaande om dat vanaf 2016 structureel te regelen. Daaruit vloeien ook modelovereenkomsten voort, die nadat ze zijn goedgekeurd openbaar zullen worden gemaakt. Dat geldt evenzeer voor het organisatiemodel gericht op ondersteuning voor de niet zorggebonden aspecten van zzp'ers die gebruik maken van directe contractering

Daarnaast zouden zij ook een duidelijke weergave willen krijgen wat op dit moment de diverse mogelijkheden zijn.

Zzp'ers kunnen op verschillende manieren werkzaam zijn als zorgverlener:

– *via directe contractering door zorgverzekeraar, dat kan op dit moment alleen in de pilot die in 2015 afgebouwd wordt;*
– *in opdracht van een zorginstelling;*
– *via een bemiddelingsbureau;*
– *direct gecontracteerd door de cliënt in geval van een pgb.*

Of in deze gevallen daadwerkelijk sprake is van werken buiten dienstbetrekking en van fiscaal ondernemerschap is afhankelijk van de feiten en omstandigheden. Inzet van het kabinet is meer duidelijkheid te scheppen voor alle betrokkenen, de zorgverlener, de zorginstelling, de cliënt en de verzekeraar.

Ook hebben zij nog enkele vragen over de uitbreiding van de pilot zzp'ers in de zorg. Daar hebben zich een groot aantal zzp'ers voor ingeschreven. Kan het kabinet aangeven hoe de pilot nu in praktijk loopt? Er schijnen veel zzp'ers te zijn die gestopt zijn met de pilot of zich niet hebben ingeschreven, bijvoorbeeld omdat de kosten zo hoog zijn. Hoe beoordeelt het kabinet dit?

In de periode mei-juni 2014 is de pilot opengesteld voor nieuwe aanmeldingen. In die periode hebben ruim 800 zzp'ers zich aangemeld bij het zorgkantoor, waarvan uiteindelijk ruim 600 zzp'ers zijn gecontracteerd in de pilot. Een aantal is niet gecontracteerd; daar zijn uiteenlopende redenen voor. De zzp'er kan zich uit eigen beweging hebben teruggetrokken of hij bleek niet te voldoen aan de eisen die aan de zzp'er worden gesteld (kwalificatieniveau, zelf werven van cliënten, ondernemerschap, voeren van een administratie en dergelijke). De zzp'er dient zelf maandelijks een bedrag van ongeveer € 20 te betalen voor facilitaire ondersteuning die landelijk geboden wordt voor het verwerken van transacties (declaraties) en de helpdesk voor de ondersteuning bij de uitvoering. Dat de kosten van deze voorziening te hoog zouden zijn, is niet gebleken. Andere kosten hoeven de zzp'ers niet te maken om deel te kunnen nemen aan de pilot.

De leden van de CDA-fractie vragen of er inmiddels sprake is van een model of een convenant op basis waarvan zzp'ers in de zorg aan het werk kunnen zonder als werknemer te worden aangemerkt. Zo ja, hoe kunnen zzp'ers kennis nemen van dit model?

Inmiddels is de modelovereenkomst van BTN en FNV Zelfstandigen goedgekeurd door de Belastingdienst en VWS. Goedgekeurde modelovereenkomsten worden onder meer gepubliceerd op www.rijksoverheid.nl .

De leden van de CDA-fractie herinneren zich nog goed dat de Staatssecretaris van VWS tijdens het debat op 16 oktober 2014 zei dat de Belastingdienst wat wetgeving betreft geen eigenstandige bevoegdheden heeft en gebonden is aan het oordeel van de rechter. De leden van de CDA-fractie hadden het vermoeden dat de Belastingdienst daarbij het oordeel van de rechter in de praktijk streng uitlegde, vooral omdat er niet veel procedures gevoerd worden door zzp'ers in de zorg met
goede fiscale bijstand, omdat dit voor hen een kostbare zaak is. Inmiddels heeft Hof Arnhem-Leeuwarden op 23 september 2014 geoordeeld dat de verpleegkundig die elf zorgvragers verzorgde via vijf bemiddelingsbureaus fiscaal is aan te merken als ondernemer.
Kan het kabinet bevestigen dat ook nu de Belastingdienst de zaak verloren heeft, de Belastingdienst gebonden is aan het oordeel van de rechter? Wat betekent deze uitspraak voor de beoordeling van zzp'ers in de zorg in het kader van de VAR-wuo? Is met deze uitspraak alvast het eerste model gevonden op basis waarvan zzp'ers in de zorg kunnen werken als ondernemer?

Aan deze uitspraak kunnen geen algemene conclusies worden ontleend als het gaat om de vraag of ook andere zorgverleners ondernemers zijn. Elke situatie wordt naar de omstandigheden van het geval beoordeeld. Over de gevolgen van deze uitspraak is al eerder met uw Kamer gecorrespondeerd naar aanleiding van vragen van de leden Vos en Wolbert[2]. Ook wordt verwezen naar de toelichting[3] die is geplaatst bij het bekendmaken dat er geen cassatieberoep wordt ingesteld.

Kan het kabinet tevens specifiek reageren op onderdeel 4.4 van het oordeel van Hof Arnhem-Leeuwarden? Uit dit onderdeel blijkt namelijk dat de Belastingdienst tot nu toe steeds de verkeerde toets heeft gehanteerd, omdat niet van belang is dat de zzp'er alleen via toegelaten zorgaanbieders, die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de verleende zorg, zorg in natura kan leveren. Wel beslissend is of de zzp'er als thuiszorg verlenende verpleegkundige voldoende zelfstandigheid bezit ten opzichte van de opdrachtgevers (de bemiddelingsbureaus), waaraan in deze casus voldaan was.

Het Hof beoordeelt in die rechtsoverweging[4] de positie van deze belanghebbende vanuit het geheel van feiten en omstandigheden zoals die uit de aangifte van belanghebbende blijkt. Dat neemt niet weg dat een feitelijke beoordeling van de relatie tussen deze zorgverlener en de

---

[2] Aanhangsel Handelingen II 2014/15, nr. 461
Vragen van de leden Mei Li Vos en Wolbert (beiden PvdA) aan de Staatssecretaris van Financiën over de uitspraak van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden over een in de thuiszorg werkzame verpleegkundige (ingezonden 1 oktober 2014), antwoorden gepubliceerd op 4 november 2014.

[3] Toelichting Staatssecretaris van Financiën op cassatievoorstel van 5 november 2014, nr. DGB2014–5487, n.a.v. Uitspraak Hof Arnhem-Leeuwarden van 23 september 2014, nr. 14/00206, ECLI:NL:GHARL:2014:7283.

[4] Rechtsoverweging 4.4. geeft aan: «Bij de beoordeling van de partijen verdeeld houdende vraag stelt het Hof voorop dat de omstandigheid dat het belanghebbende in het kader van de AWBZ niet zou zijn toegestaan rechtstreeks aan de zorgvragers (thuis)zorg in natura te verlenen, omdat zulks slechts via toegelaten zorgaanbieders – de instellingen – dient te geschieden die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de verleende zorg, niet aan het fiscale ondernemerschap van belanghebbende in de weg hoeft te staan. Het gaat in dit verband erom of belanghebbende, als thuiszorg verlenende verpleegkundige, voldoende zelfstandigheid bezit ten opzichte van haar opdrachtgevers, zijnde de instellingen (vgl. onder meer HR 21 april 1993, nr. 28 257, BNB 1993/187)».

instelling waarvoor zij (thuis)zorg in natura verleent als een dienstbetrekking zou kunnen kwalificeren. Deze beoordeling is niet aan de orde gekomen, omdat hier het geschil is opgekomen vanuit de inkomstenbelasting en derhalve de vraag of er sprake is van een dienstbetrekking door de inspecteur niet meer is gesteld. In de gevallen waarin geprocedeerd wordt over een afgegeven VAR wordt juist wel aan de rechter voorgelegd of sprake is van een dienstbetrekking. Daar blijft juist de positie voor de inkomstenbelasting buiten de discussie.

Zorginstellingen en vakbond FNV -Zelfstandigen stellen dat er bij palliatieve zorgverlening geen CAO is, waarin is geregeld dat je drie keer 24 uur werkt. Deze palliatieve zorg kan alleen maar verleend worden door zzp'ers. Deelt het kabinet dit standpunt?

Op grond van de Arbeidstijdenwet, i.h.b. artikel 4.8:1 en 4.8:2 van het Arbeidstijden-besluit, is het mogelijk om in de vorm van een zogenoemde aanwezigheidsdienst in één week driemaal een 24-uursdienst te verrichten. Over een langere periode gemiddeld twee aanwezigheidsdiensten per week, aangezien er in 26 weken maximaal 52 aanwezigheidsdiensten mogen zitten.
Het is daarbij noodzakelijk dat er collectieve overeenstemming is tussen (vertegenwoordigers van) werkgever(-s) en werknemers over het werken in dergelijke diensten. Dit kan de Cao zijn. De Cao kan het werken in aanwezigheidsdiensten toestaan, dan wel verbieden. De Cao-VVT kent de mogelijkheid van aanwezigheidsdiensten. In dat geval mogen zij worden toegepast, uiteraard binnen de genoemde kaders van de arbeidstijdenregelgeving. Dit betekent dat ook drie aanwezigheidsdiensten in één week (gemiddeld twee over een langere periode) toegestaan zijn, tenzij dit elders in de Cao (of in een bepaalde regeling op bedrijfsniveau) expliciet verboden wordt.

Op grond van bovenstaande overwegingen deelt het kabinet niet het standpunt dat 24-uurszorg alleen kan worden uitgevoerd door zzp'ers. Alleen wanneer de cliënt het belangrijk vindt dat hij maar met één zorgverlener te maken heeft, zal hij een beroep moeten doen op een zelfstandige.

De leden van de CDA-fractie hebben gelezen dat, als je een pgb krijgt voor wijkverpleging (verpleging en verzorging), maar dat volledig inzet bij een gecontracteerde aanbieder, het automatisch «Zorg In Natura zorg» wordt. Zij vragen of het niet zo kan zijn dat de gecontracteerde zorg wordt verleend door een ZZP-er die via een thuiszorgorganisatie wordt ingehuurd? Is het kabinet het hiermee eens, en is zij met de CDA-fractie van mening dat via een zzp'er op flexibele tijden zorg verleend kan worden aan mensen die een pgb ontvangen voor wijkverpleging?

Tijdens de totstandkoming van de bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en VWS over het Zvw-pgb is over de door het CDA beschreven situatie gesproken. In de bestuurlijke afspraken is vastgelegd dat, als de zorg die de verzekerde met een Zvw-pgb wil inkopen feitelijk hetzelfde is als zorg die de zorgverzekeraar in natura biedt, de verzekerde geen Zvw-pgb krijgt, maar de zorg gewoon in natura vergoed krijgt. Als er sprake is van bijzondere afspraken met de zorgverlener die niet overeen komen met de inkoopafspraken van de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld over het op flexibele tijden verlenen van zorg, dan kan sprake zijn van een andere situatie. Het is aan de zorgverzekeraar of hij de betreffende zorg op maat in natura levert, of dat hij de verzekerde in dat geval toestemming geeft voor een pgb.

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris inzake zelfstandigen zonder personeel in de zorg, maar hebben hierover nog wel enkele vragen en opmerkingen.

De brief heeft geen betrekking op de dienstverlening van zzp'ers via pgb'en, maar ook daar hebben zorgverleners problemen met de belastingdienst en het verkrijgen van een VAR-verklaring. Dat de cliënt de directe opdrachtgever is, is blijkbaar geen reden om ook hier in te grijpen. Uit het onderzoek blijkt ook dat driekwart van de zzp'ers contracten afsluit met cliënten die zorg vanuit een pgb financieren. Dus waarom wordt dit niet ook meegenomen?

De leden van de fractie van de PVV geven aan dat ook zzp'ers die zorg verlenen aan pgb-houders problemen met de Belastingdienst hebben met het verkrijgen van een VAR. Dit beeld wordt niet herkend. Ook zijn er bij de pgb-gefinancierde zorg geen gevallen bekend waarbij er achteraf door de Belastingdienst werd geconstateerd dat er sprake was van een dienstbetrekking tussen cliënt en zorgverlener.

Gegeven de omvang van de totale palliatieve thuiszorg (circa € 400 miljoen per jaar) kan uit deze cijfers geconcludeerd worden dat de palliatieve thuiszorg voor het merendeel door zorgverleners in loondienst van een zorginstelling verleend wordt. De leden van de PVV-fractie vragen of dit niet is ingegeven door een beperkte keuze?

Er wordt al veel palliatieve zorg thuis verleend. Gegeven het feit dat dit thans vooral door zorgverleners in loondienst wordt gedaan, is de conclusie gerechtvaardigd dat het niet altijd noodzakelijk is om zzp'ers in te zetten. Het is mogelijk dat de grotere flexibiliteit en beschikbaarheid van zzp'ers meerwaarde heeft voor cliënten.
De keuze tussen de genoemde alternatieven zal daarbij onder meer afhangen van de beschikbaarheid van mantelzorgers, de noodzakelijk zorgzwaarte en de wensen van de cliënt.

Het feit dat het merendeel van de palliatieve thuiszorg door zorgverleners in loondienst verleend wordt, geeft aan dat het voor palliatieve thuiszorg niet noodzakelijk is gebruik te maken van zzp'ers. Zij vinden dit nogal kort door de bocht. Is er bijvoorbeeld gekeken naar de ervaringen? Als er een keuze zou zijn tussen heel veel zorgverleners in de palliatieve fase via een zorginstelling of een beperkt aantal zorgverleners via zzp-zorg (waar 24-uursdiensten wel mogelijk zijn), welke keuze zou er dan gemaakt worden?
In de palliatieve zorg wordt dan ook vaak een mix van werknemers met een dienstverband en zzp'ers ingezet. Vindt het kabinet dit wenselijk?

Het kabinet is van oordeel dat het aan de sector is om een balans te vinden tussen de inzet van zorgverleners die opereren in dienstverband en zzp'ers. Het kabinet is verantwoordelijk voor het creëren van de nodige randvoorwaarden.
De gewenste inzet van zorg en de manier waarop deze zorg geleverd wordt, zullen onder meer afhangen van de beschikbaarheid van mantelzorgers, de noodzakelijke zorgzwaarte en de wensen van de cliënt.
In het kader van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg zal in breder verband worden gewerkt aan de verdere verbetering van organisatie en continuïteit van zorg, waarbij ook ervaringen van burgers worden meegenomen. Uitgangspunten zijn dat de zorg dicht bij mensen wordt georganiseerd en dat mensen op de plek van hun voorkeur kunnen overlijden (meestal thuis).

Voor de palliatieve zorg is met name de aanwezigheidsdienst van belang. Waarop is deze aanname gebaseerd? De leden van de PVV-fractie trekken deze aanname in twijfel, omdat in de palliatieve fase vaak gewoon 24 uur per dag intensieve zorg nodig is.

Met de passage wordt bedoeld dat aanwezigheid en begeleiding in de palliatieve fase vaker voorkomt en van belang is dan in de reguliere zorg. Het is immers zo dat in de palliatieve fase de zorgbehoefte per cliënt wisselt en dat daarom lang niet altijd 24 uur per dag intensieve zorg nodig is. Soms volstaat ondersteuning en liefdevolle aandacht, aangevuld met verpleging en verzorging. Het gaat er om dat de zorg of ondersteuning die nodig is, ook daadwerkelijk beschikbaar is.

Vanwege de schaarste aan contracteerruimte heeft ZN in de Inkoopgids Wijkverpleging 2015 opgenomen dat nieuwe aanbieders een toelating dienen te hebben in het kader van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). En dat is iets waar een zzp'er niet aan kan voldoen. Ten principale staan zorgverzekeraars echter niet negatief tegenover het contracteren van zzp'ers. De leden van de PVV-fractie vinden dit een ernstige inperking van de keuzevrijheid van cliënten.

Voor de directe contractering van zzp'ers door zorgverzekeraars is er geen enkele wettelijke belemmering. In de Inkoopgids Wijkverpleging heeft ZN voor het overgangsjaar 2015 aan haar leden geadviseerd om zoveel mogelijk gebruik te maken van de bestaande zorgverleners en alleen nieuwe zorgverleners te contracteren als ze een WTZi-toelating hebben. Zzp'ers kunnen geen WTZi-toelating krijgen, omdat een dergelijke toelating alleen betrekking heeft op instellingen. In het overgangsjaar 2015 houden de zzp'ers die deelnemen aan de pilot wel de mogelijkheid om direct gecontracteerd te worden.

Het kabinet zal zich samen met zorgverzekeraars inzetten om na het overgangsjaar 2015 meer mogelijkheden te bieden voor directe contractering van zzp'ers voor de wijkverpleging. Keuzevrijheid is voor het kabinet een belangrijk speerpunt, wat ook met het beleid ten aanzien van zzp'ers wordt voor gestaan.

Inbreng D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennis genomen van de kabinetsbrief over zzp'ers in de zorg. Deze leden zijn blij dat het kabinet met oplossingen komt voor de problematiek die zzp'ers in de zorg ervaren. Niettemin hebben deze leden naar aanleiding van deze brief nog enkele aanvullende vragen.
Allereerst merken de leden van de D66-fractie op, dat er voor de oplossingen die nu gevonden zijn door het kabinet, geen wetswijzigingen nodig zijn. Oplossingen kunnen daardoor al op korte termijn in gaan. Deze leden constateren wel dat deze oplossingen, zoals het ontwikkelen van modellen ten behoeve van zorg door zzp'ers, al expliciet door leden van de Tweede Kamer zijn voorgesteld tijdens het algemeen overleg VAR-verklaringen voor zzp'ers d.d. 23 april 2014. Niettemin heeft het kabinet deze oplossingen pas een half jaar later omarmd, waarvoor ook nog een aanvullend verzoek van de Tweede Kamer. De leden van de D66-fractie betreuren dat veel zzp'ers hierdoor maandenlang in onzekerheid hebben moeten verkeren over hun werk. Zij vragen het kabinet om uit te leggen waarom een oplossing zo lang is uitgebleven.

Eerst heeft het kabinet onderzoek laten uitvoeren naar de mogelijkheden tot duurzame bedrijfsmodellen binnen de huidige wet- en regelgeving. Eén van de uitkomsten was dat er geen modellen zijn die altijd voldoen.

Evenmin zijn er modellen die nooit volstaan. Telkens zijn feiten en omstandigheden leidend in de beoordeling of een zzp'er ook daadwerkelijk als fiscaal ondernemer kan worden aangemerkt. Een terugkerend probleem dat als zodanig benoemd werd, was echter dat in de jurisprudentie wordt gewezen op de belemmering als gevolg van de huidige Kwaliteitswet zorginstellingen. Er wordt daarbij vooral gewezen op het feit dat deze wet alleen betrekking heeft op zorginstellingen. De verantwoordelijkheid van de zorginstelling is daarmee benoemd en niet die van de zzp'er, waardoor de rechter vrijwel steeds een gezagsverhouding tussen zorginstelling en zorgverlener constateert. Ook het feit dat onder de Kwaliteitswet zorginstellingen de kwaliteit van de zorg niet overdraagbaar is (zo heeft de rechter geoordeeld) vormde een beletsel om buiten dienstbetrekking te kunnen werken. Op deze punten biedt het wetsvoorstel voor de Wkkgz een oplossing, doordat deze ook van toepassing is op solistisch werkende zorgverleners. Daarmee wordt een eigenstandige wettelijke basis geïntroduceerd, op basis waarvan een zzp'er verantwoordelijkheid draagt voor zijn of haar zorgverlening (hoewel de zorginstelling eindverantwoordelijk blijft voor de dienst die geleverd wordt). Dat inzicht is cruciaal geweest, en daarop is geanticipeerd door te starten met de ontwikkeling van modelovereenkomsten die al voorsorteren op de situatie met de nieuwe Wkkgz.

De leden van de D66-fractie vragen of de 1.200 zorgverleners van wie de VAR is ingetrokken inmiddels weer een VAR-wuo hebben gekregen. Indien dit niet het geval is, vragen deze leden waarom dit zo is.

De Belastingdienst heeft deze 1.200 zorgverleners omstreeks 21 mei 2014 een brief gestuurd met informatie over de deelname aan de pilot. De brieven zijn verzonden aan de zorgverleners van wie in de periode oktober 2013 tot en met februari 2014 de VAR-wuo is herzien in een VAR-loon en aan de zorgverleners die een VAR-loon hebben gekregen in plaats van de gewenste VAR-wuo. Het was aan de zorgverlener zelf om te beslissen van het aanbod van de Belastingdienst gebruik te maken. Ongeveer 650 zzp'ers hebben zich aangemeld voor deelname aan de pilot. De mogelijkheden die de eerder genoemde modelovereenkomsten bieden kan de keuze voor een zorgverlener vereenvoudigen.

De leden van de D66-fractie lezen dat het kabinet zich «er samen met zorgverzekeraars voor [gaat] inzetten om na het overgangsjaar 2015 meer mogelijkheden te bieden voor directe contractering van zzp'ers in het geval van wijkverpleging». Deze leden vragen aan welke mogelijkheden het kabinet hierbij denkt. Ook vragen zij wat zij moeten verstaan onder «in het geval van wijkverpleging» en wat dit betekent voor de directe contractering van zzp'ers in andere vormen van zorg.

Met zorgverzekeraars wordt gezamenlijk gezocht naar manieren om praktische belemmeringen voor directe contractering van zzp'ers die thuiszorg leveren, weg te nemen. Zoals uiteengezet in de brief van 10 oktober 2014 gaat de aandacht daarbij onder meer uit naar het vraagstuk rond het waarborgen van de continuïteit van zorg. Net als voor het kabinet is het voor zorgverzekeraars van belang dat voorkomen wordt dat situaties ontstaan waarbij zzp'ers niet kunnen garanderen dat een cliënt de zorg krijgt waar hij of zij recht op heeft. In de gesprekken met zorgverzekeraars, die al zijn gestart, gaat de aandacht ook uit naar het risico dat achteraf wordt geconstateerd dat de arbeidsrelatie tussen een zorgverlener en een zorgverzekeraar een dienstbetrekking is terwijl de zorgverlener buiten dienstbetrekking wil kunnen werken Om dit risico weg te nemen, zal gewerkt worden aan modelovereenkomsten.
In andere sectoren dan de wijkverpleging worden vrije beroepsbeoefenaren al langer direct gecontracteerd.

De leden van de D66-fractie zijn verheugd dat de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkggz) volgens het kabinet een oplossing biedt voor de zzp-problematiek. Toch hebben deze leden vragen bij deze passage uit de kabinetsbrief. Zo schrijft het kabinet dat solistisch werkende zorgverleners zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de verleende zorg, ook als de solistisch werkende zorgverlener in opdracht van een zorginstelling zorg verleent. De leden van de D66-fractie lezen echter in het wetsvoorstel Wkggz dat een solistisch werkende zorgverlener gedefinieerd wordt als «een zorgverlener die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een instelling beroepsmatig zorg verleent». Deze leden vragen hoe het in deze definitie mogelijk is dat een solistisch werkende zorgverlener toch in opdracht van een instelling zorg verleent.

Indien slechts werkzaamheden worden verricht voor één of slechts een enkele zorginstelling, dan is geen sprake van een solistisch werkende zorgverlener, zoals bedoeld in het wetsvoorstel voor de Wkkgz. Wanneer in dienst of in opdracht van meerdere opdrachtgevers zorg wordt verleend, dan is wel sprake van solistisch werkende zorgverleners in de zin van de Wkkgz. Het oordeel of daadwerkelijk sprake is van een ondernemer hangt af van de feiten en omstandigheden van het individuele geval en ligt bij de Belastingdienst. Het wordt getoetst aan de in de jurisprudentie ontwikkelde criteria voor ondernemerschap. Indien sprake is van meerdere opdrachtgevers, dan is het binnen de definitie die de Wkkgz geeft aan het begrip «solistisch werkende zorgverlener» mogelijk dat in opdracht van een instelling zorg wordt verleend. De gedachte hierachter is als volgt. Wanneer in dienst of in opdracht van meerdere zorginstellingen zorg wordt verleend, dan is de mate van onafhankelijkheid groter dan wanneer slechts werkzaamheden worden verricht in opdracht van één zorgaanbieder. In dat laatste geval is geen sprake van een solistisch werkende zorgverlener. De Belastingdienst zal bij één opdrachtgever eerder een gezagsverhouding aannemelijk achten en oordelen dat er sprake is van een dienstbetrekking dan bij meerdere opdrachtgevers.

Tevens vragen de leden van de D66-fractie, naar aanleiding van commentaar van Actiz op de kabinetsbrief, hoe de verantwoordelijkheid van de solistisch werkende zorgverlener zich verhoudt tot de wettelijke plicht uit de Wkkgz voor opdrachtgevers om een schriftelijke overeenkomst aan te gaan met opdrachtnemers (zzp'ers) die waarborgt dat deze zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de op de opdrachtnemer rustende wettelijke verplichtingen en de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening. Wat betekent dit voor de beoordeling of er al dan niet sprake is van een dienstverband?

De zorginstelling is en blijft altijd eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening die vanuit zijn instelling wordt verricht. Het is niet zo dat wanneer een zorginstelling besluit om met zzp'ers te werken, hij voor de zorg die door de zzp'ers in zijn opdracht wordt verleend, niet aanspreekbaar en eindverantwoordelijk is. De eis van de schriftelijke overeenkomst uit de Wkkgz benadrukt de eindverantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Voor het oordeel of al dan niet sprake is van een dienstbetrekking is van belang hoe de relatie tussen de zorginstelling en de zzp'er is vorm gegeven en in welke mate de zzp'er zeggenschap heeft over het eigen werk. Juist door deze relatie goed schriftelijk vast te leggen en daar ook daadwerkelijk naar te handelen, is het mogelijk om een situatie te creëren waarin geen sprake is van een dienstbetrekking. De modelovereenkomsten zijn juist hierop gericht.

De leden van de D66-fractie constateren dat de kabinetsbrief vooral ingaat op de inzet van zzp'ers in thuiszorg. Zij hebben hier begrip voor, omdat in

de debatten in de Kamer hier ook de nadruk op lag. Deze leden vragen of de inzet van zzp'ers in intramurale zorg met deze maatregelen ook mogelijk is.

Dit kan door het kabinet worden beaamd. Tegelijkertijd constateert het kabinet dat intramurale zorg zich naar de feiten en de omstandigheden moeizamer leent voor het werken buiten dienstbetrekking.

De leden van de D66-fractie constateren dat tijdens voornoemd algemeen overleg op 23 april 2014 de Staatssecretaris van Financiën het opstellen van modelcontracten stond, maar dit niet mogelijk achtte vanwege eerdere gerechtelijke uitspraken. Deze leden vragen waarom het kabinet dit nu wel als een (juridisch) haalbare oplossing ziet en hoe groot het risico is dat dergelijke modelovereenkomst geen stand zullen houden bij rechterlijke toetsing.

Het risico dat de beoordeelde en goedgekeurde modelovereenkomsten voor de rechter geen stand houden, is klein. Nu er geanticipeerd mag worden op de Wkkgz en de Wkkgz zzp'ers een eigen wettelijke basis biedt op grond waarvan zij gehouden zijn kwalitatief goede zorg te verlenen. Als de modelovereenkomsten juist worden vormgegeven en er ook dienovereenkomstig wordt gewerkt is het mogelijk om buiten dienstbetrekking te werken. De eerder door de Staatssecretaris van Financiën aangehaalde jurisprudentie ziet op de situaties waarbij de zorg ondeelbaar is.

De leden van de D66-fractie lezen in de brief dat de modellen uiterlijk in november 2014 concreet uitgewerkt zullen zijn. Zij vragen of deze deadline gehaald wordt.

Helaas is de deadline van november 2014 niet gehaald. Er is voor gekozen om zorgvuldigheid boven snelheid te laten gaan. De overgelegde modelovereenkomsten hebben geleid tot vragen aan de indieners en besprekingen met hen. Inmiddels is de modelovereenkomst van BTN en FNV Zelfstandigen goedgekeurd.